

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

131

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri SANGLIER

Né le 18 Juin 1914 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 11 JUIN 1942

Traitements actuels
DE LA
BLENNORRAGIE
chez l'Homme

Président : M. H. GOUGEROT, Professeur

MEAUX

IMPRIMERIE ANDRÉ-POUYÉ & C^o

8, rue Notre-Dame

1942

Année 1942

THÈSE

N°

POUR LE

Nom du Candidat : SANGLIER.

Prénoms : Henri.

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri SANGLIER

Né le 18 Juin 1914 à Paris

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

Traitements actuels

DE LA

BLENNORRAGIE

SANGLIER (Henri). — Traitements actuels de la blennorragie chez l'homme. — *Meaux, Impr. André-Pouyé*, 1942, in-8° raisin, 50 pages.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1942, n°).

SANGLIER (Henri). — Traitements actuels de la blennorragie chez l'homme. — *Meaux, Impr. André-Pouyé*, 1942, in-8° raisin, 50 pages.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1942, n°).

SANGLIER (Henri). — Traitements actuels de la blennorragie chez l'homme. — *Meaux, Impr. André-Pouyé*, 1942, in-8° raisin, 50 pages.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1942, n°).

SANGLIER (Henri). — Traitements actuels de la blennorragie chez l'homme. — *Meaux, Impr. André-Pouyé*, 1942, in-8° raisin, 50 pages.

(Th. méd. (Etat), Paris, 1942, n°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri SANGLIER

Né le 18 Juin 1914 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

Traitements actuels
DE LA
BLENNORRAGIE
chez l'Homme

Président : M. H. GOUGEROT, Professeur

MEAUX

IMPRIMERIE ANDRÉ-POUYÉ & F

8, rue Notre-Dame

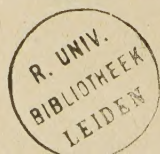
1942

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie....	
Pathologie expérimentale et comparée.....	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P. VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
	MOCQUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	BROCO.
	M. VILLARET
	TROISIER.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgi- cale.	BROUET Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	BULLIARD Histologie.
BERNARD Étienne. Pathologie médi- cale.	CACHERA..... Pathologie médicale.
BESANÇON JUSTIN. Hydrologie.	CORDIER Anatomie.
BONNET Bactériologie.	COSTE Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.	COUVELAIRE (Roger). Urologie.
	DELARUE..... Anatomie patholog.
	DELAY Pathologie médicale.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE (suite)

MM.	MM.
DEGREZ (H.)... Physique.	Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
DESOILLE Médecine légale.	MARCHAL..... Pathologie médicale.
DIGONNET..... Obstétrique.	MENEGAUX..... Pathologie chirurgic.
DOGNON Physique.	MOLLARET Pathologie médicale.
FEVRE Pathologie chirurgic.	MOUQUIN .. Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathol. chirurg.	PAIEL..... Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chi- rurgicale.
GARCIN..... Pathologie médicale.	RENARD Ophtalmologie.
Mlle GAUTHIER - VILLARS. Anatomie pathologique.	RICHET Physiologie.
DE GENNES .. Pathologie médicale.	SÈNEQUE Pathologie chirurgi- cale.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.	SICARD..... Pathologie chirurgic.
LACOMME Obstétrique.	SOULIE..... Pathologie médicale.
LANTUÉJOUL . Obstétrique.	SUREAU Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.	TURPIN Pathologie médicale.
LELONG Pathologie médicale.	WILMOTH Pathologie chirurgi- cale.
LEMAIRE Pathologie expéri- mentale.	
LENEGRE..... Pathologie médicale.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des Examens

MM.	MM.
ALGLAVE..... Pathologie chirurgic.	LE LORIER ... Obstétrique.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
GUENIOT..... Obstétrique.	PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgi- c.	VAUDESCAL .. Obstétrique.
HUGUENIN Anatomie Patholog.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.	MM.
ALAJOUANINE.	BASSET.
BRULE.	GATELLIER.
CHABROL.	De GAUDART
CHEVALLIER.	d'ALLAINES.
LAROCHE Guy.	MOULONGUET.
LIAN.	MOURE.
MOREAU.	
SÉZARY.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale
VIGNES.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE BIEN-AIMÉ

*dont la vie toute de droiture et de
courage est pour moi un exemple.*

A MA MÈRE

*en faible témoignage de ma reconnais-
sance et de ma profonde tendresse
filiale.*

A MON FRÈRE

*dont la franche gaieté a été pour moi
un appui précieux.*

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Henri GUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur,

*en remerciement du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur L. MICHON

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*en témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur L. GROLLET

Assistant d'Urologie
à la Clinique des maladies cutanées de la Faculté
Médecin assistant du Service des voies urinaires
de l'Hôpital Saint-Louis

*qui nous a conseillé et aidé pour la
rédaction de ce travail. En témoignage
de notre respectueux attachement et
notre reconnaissance.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur F. BEZANÇON

Monsieur le Professeur GRÉGOIRE (*In memoriam*)

Monsieur le Professeur agrégé LIAN

Monsieur le Professeur G. GUILLAIN

Monsieur le Professeur A. LEMIERRE

Monsieur le Professeur agrégé FÈVRE

Monsieur le Docteur GERNEZ (*In memoriam*)

Monsieur le Docteur BABONNEIX (*In memoriam*)

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Monsieur le Docteur CARRIÉ.

Monsieur le Docteur H. JANET.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

P. BARBEILLION écrivait avant les sulfamides : « Fréquente, trop méprisée, insuffisamment connue, mal soignée, telle est le plus souvent la blennorragie. » Aujourd'hui encore, nous pouvons reprendre cette phrase.

La blennorragie est *fréquente*. Les Pouvoirs publics la combattent au même titre que la syphilis. Les cas en sont cependant toujours aussi nombreux. Un travail de M. GIRARD, de Toulon, montre même une recrudescence, qu'il attribue au fait que les malades savent que grâce aux sulfamides ils seront guéris rapidement. D'où la création d'une fausse conception de sécurité devant la partenaire infectée.

La blennorragie est *méprisée* par le malade. Combien de jeunes trouvent intéressant de pouvoir dire : « J'ai eu une chaudepisse. » Malheureusement elle est aussi méprisée par le médecin, qui la considère comme une maladie de second ordre ne méritant pas qu'on lui porte intérêt.

La blennorrhagie est *insuffisamment connue*. Nous voyons encore arriver à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis des malades qui n'ont prêté aucune attention à leur écoulement. Seule une complication du côté de l'épididyme, de la prostate ou des articulations a pu les amener à consulter.

La blennorrhagie est *mal soignée*. Fréquemment le malade se soignera d'après les conseils d'un camarade, il utilisera un reste de sulfamide prêté par celui-ci. Ainsi, malgré la réglementation de la vente des sulfamides, celles-ci seront entre les mains du malade sans l'avis du médecin. Il les absorbera d'une façon incorrecte, à dose insuffisante, et ce, au grand avantage du gonocoque. Mais, et le cas n'est pas rare, la blennorrhagie est parfois mal soignée même par le médecin. Tous, évidemment, connaissent les sulfamides, mais nombreux sont ceux qui en ont encore peur. Ils utilisent des doses trop faibles, qu'ils prolongent indéfiniment, sans autre résultat que de créer des races de gonocoques sulfamidorésistants, dont il sera quelquefois bien difficile de se débarrasser.

S'il est exact que les sulfamides ont modifié de fond en comble le traitement de la blennorrhagie, il n'en est pas moins vrai que l'on se trouve encore assez souvent devant des échecs. D'où de nouvelles recherches, d'où de nouveaux perfectionnements. C'est ainsi que l'on est arrivé au traitement dit « express », associant les antiseptiques urinaires et la pyrétothérapie vaccinale aux sulfamides pyridiques ou thiazols.

Cette méthode, inaugurée par L. LÉPINAY, a été mise au point par L. GROLLET au cours de la guerre, dans le

centre d'Aubervilliers que dirigeait notre maître le professeur GUGEROT. Chaque jour le traitement express est appliqué avec succès dans le service de notre maître le docteur MICHON, à l'Hôpital Saint-Louis.

Nous montrerons ici, les indications, la technique, les résultats et les avantages de cette association.

Qu'il nous soit permis d'adresser toute notre gratitude au docteur GROLLET, qui nous a fourni toutes les données de ce travail.

Nous remercions le docteur L. MICHON qui a bien voulu nous accorder une place d'externe dans son service, nous permettant ainsi de mener à bien ce travail.

CHAPITRE II

Historique

1° AVANT LES SULFAMIDES

De 1892 à 1935 un seul nom reste et restera attaché au traitement de la blennorragie; celui de J. JANET. Son traité sur la blennorragie est le plus complet, le plus classique, il a tout dit, il a tout vu. Nombre de jeunes médecins auraient intérêt à le lire, nombre de médecins plus âgés à le relire. Le traitement abortif et le traitement curatif qu'il a préconisé ne sont nullement désuets. Nous y avons encore recours en cas de contre-indications aux sulfamides ou de leur échec.

A) LE TRAITEMENT ABORTIF (inauguré en 1910 par J. JANET et de SARD).

Indications : Il faut :

- a) que l'écoulement date de moins de 36 heures;
- b) que seul l'urètre antérieur soit atteint;
- c) que la durée de l'incubation soit six fois supérieure au temps de l'écoulement .

Technique :

J. JANET conseille d'injecter cinq à dix centimètres cubes d'une solution d'argyrol à 20 % dans l'urètre antérieur, de l'y maintenir cinq à dix minutes environ. Recommencer deux fois par jour pendant trois jours. Huit jours après, pratiquer les épreuves de guérison.

Résultats :

D'après MM. TISSOT et THÉVENARD, cette méthode permettait d'escompter environ 70 % de succès.

B) LE TRAITEMENT CURATIF ou des grands lavages (préconisé par J. JANET dès 1892).

Indications :

Tous les cas où le traitement abortif n'est pas indiqué sauf blennorrhagie suraiguë ou orchi-épididymite.

Technique :

Chaque jour faire un grand lavage urétro-vésical avec une solution de permanganate de potasse au 1/10.000 ou 1/5.000 suivant l'état d'inflammation de l'urètre. La concentration devant être en raison inverse de l'acuité des lésions. Le traitement dure de 6 semaines à 2 mois.

Résultats :

M. DUPUY, étudiant dans sa thèse les diverses statistiques, aboutit aux moyennes suivantes :

18 % de guérisons en 1 mois.

44 % de guérisons en 6 semaines.

67 % de guérisons en 2 mois.

88 % de guérisons en 3 mois.

2° DEPUIS LES SULFAMIDES

A la découverte des sulfamides, qui date de 1935, restent attachés les noms de DOMARGK, FOURNEAU, M. et Mme TRÉFOUEL, NITTI et BOVET. Ces nouveaux corps à l'action merveilleuse devaient bientôt être utilisés dans le traitement de la blennorrhagie. Les progrès furent rapides; de 1935 à 1942, trois périodes marquent l'évolution des sulfamides.

A) Le PARA-AMINO-PHÉNIL-SULFAMIDE ou 1162 F (mis en pratique en 1936-1937). DEES et COLSTON publient les premiers, dans *Am. Med. Ass.*, les conclusions de leur expérimentation clinique concernant le traitement de la blennorrhagie par le 1162 F. Sur 47 cas traités ils notaient :

35 guérisons en moins de 5 jours.

5 améliorations.

3 échecs.

P. DUREL, en France, publie ses conclusions en août 1937, dans les *Annales des maladies vénériennes*. Le nombre des guérisons est d'environ 90 %.

P. BARBEILLION semble plus objectif, il a 70 % de guérisons.

B) Les SULFAMIDES PYRIDIQUES (mis en pratique en 1938). LLOYD, ERSKINE, JOHNSON et DUREL nous font connaître les premiers leurs résultats.

Si le pourcentage de guérisons est sensiblement le même, de 70 à 90 %, l'action du médicament est plus rapide, sa tolérance plus grande, les incidents plus rares.

C) Les SULFAMIDES THIAZOLS (mis en pratique en 1939-1940). Leur tolérance est parfaite, leur efficacité extraordinaire. Nous aurons l'occasion d'en reparler dans ce travail.

Si l'action de ces trois séries de sulfamides ne diffère guère, les doses et les associations utilisées sont multiples. Ce sont ces deux données que nous voulons essayer de mettre au point.

Mais quelque soit la méthode que nous utilisons, il importe avant tout de faire un examen complet du malade. Il faut faire le point de la maladie, bien savoir où elle en est, ce qui est pris.

Comment diriger cet examen, c'est ce que nous allons voir maintenant.

CHAPITRE III

Examen du malade

Il est capital. Nous nous inspirons, pour le pratiquer, des principes édictés par J. JANET.

1° *Interrogatoire.*

— Age : La blennorragie des jeunes est plus virulente que celle des vieux.

— Le malade a-t-il déjà eu des écoulements ou est-ce le premier ? Les sulfamides agissent mieux lors d'une première atteinte.

— S'il a déjà eu une blennorragie, quel traitement lui a-t-on opposé ? Une blennorragie qui a entraîné a vraisemblablement laissé un rétrécissement.

— Quand l'écoulement actuel a-t-il débuté ? Plus il est récent, plus les sulfamides ont de chances d'agir.

— Quelle est la date du coït infectant ? Plus l'incubation est longue, moins la blennorragie sera aiguë et violente (JANET).

— Le malade a-t-il déjà suivi un traitement ?

— A-t-il eu depuis la contamination d'autres rapports avec une femme saine qu'il faudra alors faire examiner.

2° *Examen de la verge.*

On apprécie l'état de rougeur et de gonflement du méat, ses malformations possibles. On palpe l'urètre avec une extrême douceur pour apprécier son degré de gonflement.

On profite de cet examen pour mettre le malade en garde contre cette manœuvre déplorable qui consiste à traire la verge comme un pis de vache.

Cette manière d'agir est en effet commune à bien des malades; elle ne peut qu'entraîner des complications et est bien souvent la cause de ces petits écoulements jugés intarissables qui ne prendront fin que lorsque le malade aura été instruit de sa faute.

3° *Prélèvement et examen de la sécrétion.*

On commence par montrer au malade ce qu'il ne doit jamais faire en prélevant la goutte. Celle-ci est alors recueillie avec un fil de platine, au méat dont on écarte légèrement les lèvres. La sécrétion ainsi prélevée est étalée sur une lame, séchée et colorée suivant la méthode GRAM. Il faut faire dans tous les cas, même dans ceux qui paraissent évidents, un examen microscopique de la goutte avant de commencer le traitement. « On ne doit jamais supposer le gonocoque, il faut le voir » (J. JANET).

4° *Examen des urines.*

On fait uriner le malade dans deux verres successifs, ce qui permet de savoir si l'infection est limitée à l'urètre antérieur ou si elle a déjà atteint l'urètre postérieur.

1^{er} verre trouble et 2^e verre clair = urétrite antérieure.

1^{er} verre trouble et 2^e verre trouble = urétrite totale.

5° *Examen du para-urètre.*

C'est-à-dire de tous les diverticules de l'urètre capables de créer des foyers para-urétraux.

6° *Examen des annexes.*

Portant sur les épидidymes et les cordons. On pratique aussi un toucher rectal qui renseigne sur l'existence possible de prostatite ou vésiculite.

7° *Examen de l'état général.*

L'asthénie, la fièvre, la constipation pourront mettre sur la voie d'un prostatite débutante.

8° *Recherche des complications à distance.*

Il faut penser à l'ophtalmie ainsi qu'aux rhumatismes gonococciques.

Cet examen étant systématiquement fait, alors, et alors seulement, nous pourrons mettre en œuvre le traitement.

CHAPITRE IV

Traitement abortif par les Thiazols

1° *Indications :*

Les sulfamides thiazols ne peuvent agir seulement qu'en cas de blennorrhagie simple, récente non compliquée.

Pratiquement quatre facteurs limitent les indications de ce traitement abortif.

1° Le temps depuis lequel dure l'écoulement.

2° La durée de l'incubation.

3° L'extension de la blennorrhagie à tout l'urètre ou à sa partie antérieure seulement.

4° L'existence d'une complication.

Notre expérience, portant sur plusieurs centaines de cas, nous permet de préciser que le traitement abortif par les thiazols pourra être institué lorsque :

1° L'écoulement date de 36 à 48 heures au maximum.

2° La durée de l'incubation est supérieure ou égale à 72 heures.

3° L'épreuve des deux verres montre l'atteinte du seul urètre antérieur.

4° Il n'existe aucune complication constatée cliniquement par l'examen systématique du malade (L. GROLLET).

Il importe de ne tenter ce traitement que si ces quatre conditions sont réalisées. En négliger une seule serait risquer de courir à des échecs.

2° *Conduite du traitement.*

Faire absorber au malade cinq grammes de sulfamide thiazol (corps 2090 ou 640 M) à raison de 1 comprimé de 0 gr. 50 toutes les demi-heures avec un grand verre d'eau. Recommander au malade de ne prendre pendant toute la durée du traitement aucune alimentation solide et de se reposer dans la mesure du possible. Il pourra ensuite s'alimenter normalement en excluant toutefois les épices, les alcools et la bière.

Le lendemain, le malade est revu et réexaminé. En règle générale il a remarqué lui-même vers la cinquième heure, avec l'arrêt de l'écoulement, l'éclaircissement de ses urines et aussi la disparition de tout phénomène de cuisson.

Quand on revoit le malade il est exceptionnel qu'il ait le moindre suintement. On peut alors commencer les épreuves de guérisons : on fait boire dans le courant de la journée, environ un litre de bière. On fait une instillation urétrale de nitrate d'argent à 1 %. On revoit le malade le lendemain; la guérison est confirmée.

Ainsi quand la blennorragie est simple, non compliquée, soignée suffisamment tôt, la guérison peut être affirmée le troisième jour.

3° *Incidents et accidents :*

Pratiquement il n'y en a pas. La tolérance est parfaite. Nous n'avons jamais observé, même à des doses doubles de celles utilisées, d'accidents cutanés ni de troubles sanguins. Tout au plus à cette forte dose de 10 grammes (L. GROLLET a fait même absorber jusqu'à 18 grammes par jour de 640 M) peut-on noter quelques régurgitations. La toxicité de ce corps est donc très faible et son indice thérapeutique très élevé. Cependant les thiazols sont mal tolérés par les femmes enceintes. De même l'emploi des thiazols est contre-indiqué chez les hépathiques comme chez les rénaux.

4° *Observations.*

N° 1. — M. S., 22 ans, chaudronnier, se présente le 8 avril 1941 à la consultation. L'écoulement date de 24 heures. L'incubation a été de 72 heures. C'est la première blennorragie contractée par le malade.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre clair.

Au toucher rectal, la prostate apparaît normale. Les épидidymes et les cordons sont intacts, il n'y a pas de foyers para-urétraux. L'état général est bon.

M. S... est alors soumis au traitement suivant :

Absorption de 1 comprimé de 0 gr. 50 de lysothiazol toutes les demi-heures pendant 5 heures. Il a donc pris dans la journée du 8 avril 5 grammes de sulfamide thiazol.

Le 9 avril : il ne présente plus d'écoulement, les deux verres d'urine sont clairs, nous le laissons au repos.

Le 12 avril : toujours pas d'écoulement et des urines claires. Nous pratiquons les épreuves de guérison (nitrate et bière).

Le 13 avril : tout est normal, il n'y a pas de goutte, les urines sont claires.

Le 20 avril la guérison est confirmée.

N° 2. — M. B..., 28 ans, moniteur, consulte le 21 décembre 1941, pour un écoulement gonococcique. C'est sa première blennorragie. L'écoulement date de 24 heures, l'incubation a été de 96 heures.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre trouble.

Il n'y a pas de foyers para-urétraux, le toucher rectal est négatif.

Nous faisons absorber au malade, en 5 heures, 5 grammes de thiazomide à raison de 1 comprimé de 0 gr. 50 toutes les demi-heures, à l'exclusion de tout autre traitement.

Le 23 décembre tout semble normal, les urines sont claires; nous pratiquons les épreuves de guérison, réactivation par le nitrate d'argent et la bière.

Le 24 décembre tout est normal.

Un mois plus tard, nous pratiquons une gonoréaction qui confirme la guérison complète de notre malade.

Ces deux observations sont tout à fait typiques, elles montrent bien l'évolution rapide vers la guérison sous l'action des thiazols.

Nous citerons maintenant une observation d'échec dû à un examen incomplet du malade.

N° 3. — M. G..., 26 ans, mécanicien, consulte le 3 avril pour une urétrite à gonocoques. L'écoulement date de 24 heures. L'incubation a été de 36 heures.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre clair.

Le toucher rectal n'a pas été pratiqué. Les épидidymes et les cordons sont normaux.

M. G... absorbe alors 5 grammes de lysothiazol.

Le 5 avril il n'y a pas de goutte, mais il persiste encore une légère humidité du canal. Les urines sont claires. Le malade absorbe encore 3 grammes de lysothiazol.

Le 7 avril les deux verres sont louches. Un toucher rectal est alors pratiqué et montre une prostate douloureuse avec disparition du sillon. Il y a un petit noyau dur dans le lobe gauche ainsi qu'un prolongement vésiculaire gauche.

Le malade est alors soumis au traitement suivant : une injection de 4 cmc. de Propidon. On fait un lavage urétro-vésical au permanganate de potasse à 1/5.000 suivi d'un massage de prostate.

M. G... absorbe 14 grammes de lysapyrine en quatre jours, 4 grammes les deux premiers jours et 3 grammes les deux jours suivants.

Le 9 avril : pas de goutte, mais humidité du canal. Les urines sont limpides, la prostate est encore douloureuse. Il faut poursuivre les massages de prostate jusqu'au 24 avril avant de pouvoir affirmer la guérison.

L'échec du traitement abortif s'explique ici par l'existence d'une prostatique passée inaperçue faute de toucher rectal ds la première visite. Cette prostatique contre-indiquait le traitement abortif de façon formelle.

5° *Statistique.*

Sur 105 cas traités par le traitement abortif, nous avons obtenu 90 succès et 15 échecs, soit un pourcentage de 85 % de guérisons en moins de 3 jours. Sur les 15 échecs, 15 seulement furent rebelles, 6 cédèrent au traitement express, 4 nécessitèrent moins de 12 lavages pour obtenir la guérison.

6° *Conclusion.*

Les sulfamides thiazols réalisent le véritable traitement abortif de la blennorragie.

Discussion des méthodes actuellement proposées

P. DUREL pense que les sulfamides peuvent agir seulement lorsqu'il s'agit d'une blennorragie de contamination récente. Nous nous permettons de n'être pas de cet avis, et ainsi que M. L. GROLLET a coutume de le dire et de nous le montrer dans le service, une blennorragie de

contamination récente peut être une blennorragie compliquée. En effet, si nous pensons qu'il est nécessaire que l'écoulement soit récent, nous croyons au contraire qu'il importe que l'incubation soit longue, plus de 72 heures, pour pouvoir mettre en œuvre le traitement abortif par les seules sulfamides.

P. CUILLERET, de Lyon, préconise le « Traitement minute ». Il fait absorber en une minute 5 grammes de thiazol. Nous n'avons pas l'expérience de ce mode de traitement. M. L. GROLLET ayant obtenu des résultats si excellents, et cela sans aucun incident, il n'a pas voulu se risquer à ce mode. D'autre part, ce n'est pas en une minute que se guérit une blennorragie; il faut 24 ou 36 heures pour savoir les effets du traitement. De plus, cette méthode risque de provoquer des cristallisations dans l'arbre urinaire et de déterminer ainsi des indidents fâcheux; n'a-t-on pas signalé à la *Société de Dermatologie* la présence de calculs à la suite d'ingestion massive de sulfamides thiazols ?

L'Ecole lyonnaise, dès l'apparition du 693, a eu l'impression qu'on possédait un traitement sulfamidé de la gonococcie susceptible de se suffire à lui-même (J. GATE). Elle demeure fidèle à cette idée. Quant à nous, nous pensons que ormis les indications du traitement abortif ci-dessus énoncées, il est préférable d'avoir recours aux associations. C'est ce que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE V

Traitement curatif : Traitement express

PRINCIPE DU TRAITEMENT EXPRESS

Association d'antiseptiques urinaires et de la pyrétothérapie vaccinale aux sulfamides.

Ce sont là des progrès encore incomplètement connus et qu'il serait souhaitable de voir adoptés non seulement dans tous les dispensaires antibleunorragiques, mais aussi par tous les médecins.

1° Association d'antiseptiques urinaires.

M. MILIAN écrivait en 1938, dans la *Revue de Dermatologie et de Vénérologie* : « La chimiothérapie ne doit pas faire oublier les vieux traitements par les balsamiques. M. GROLLET, dès 1939, devait associer avec succès, à la sulfamide pyridique, un antiseptique urinaire, hexaméthylène tétramique, salol, santalol qui, dit-il, agissent comme « mordant ». Il avait remarqué que les sulfamides n'asséchaient pas complètement et définitivement le canal, il attribuait cela à la présence de germes banaux sur lesquels la sulfamide n'a pas d'action.

La guérison est ainsi plus rapide et entraîne la disparition de l'humidité du canal.

Nous avons pu constater nous-même, depuis près d'un an que nous collaborons en qualité d'externe à la consultation de M. GROLLET à l'Hôpital Saint-Louis, que cette association rend le traitement plus efficace, plus complet, calmant et asséchant. Nous observons, en 24 ou 48 heures, la disparition des gonocoques et des polynucléaires avec des doses de 4 à 8 grammes de sulfamides pyridiques et environ 1 gramme 50 de l'antiseptique urinaire choisi.

2° Association de la pyrétothérapie.

La pyrétothérapie ayant fait ses preuves dans le traitement de bon nombre de maladies infectieuses, il était naturel que l'on ait cherché à utiliser son action dans le traitement de la blennorragie, « Maladie générale à manifestations locales » (L. GROLLET). On sait depuis longtemps que le gonocoque est très sensible aux élévations de température.

STEINCHNEIDER et SCHAFFER, dès 1895, remarquent que le gonocoque est détruit par une température de 40° à 41° maintenue pendant quelques heures. En 1935, à la Société d'Urologie, MM. HALPEN et AUCLAIR montraient l'importance de la pyrétothérapie dans la lutte contre le gonocoque. Plus tard, DREYFUS, puis SALOMON, devaient insister sur la thermosensibilité du diplocoque de NEISSER. Charles RICHTER, en 1938, a montré que les effets de la pyrétothérapie sont de deux ordres :

a) Action sur le virus : le gonocoque est détruit *in vitro* et dans certaines conditions *in vivo* à des tempéra-

tures compatibles avec la vie humaine. De toutes façons il est affaibli.

b) Action sur l'organisme humain : l'élévation thermique modifie profondément la physiologie humaine. On note entre autre une destruction des lymphocytes et des monocytes tandis qu'apparaît une polynucléose importante plus ou moins intense.

En résumé, la pyrétothérapie diminue la vitalité du gonocoque et d'autre part elle exalte les résistances de l'organisme.

Mais comment obtenir cette élévation de température ? Nous ne retiendrons, dans le cas de la blennorragie, que deux techniques.

1° Les procédés physiques (Diathermie à ondes courtes) qui permettent de régler l'intensité, la durée et la répétition des accès fébriles. Mais ils nécessitent un appareillage spécial et coûteux.

2° Les injections de corps bactériens (Dmelcos, Propidon) qui ont le gros avantage d'être à la portée de tous. C'est à ce second procédé que nous avons le plus souvent recours. Nous utilisons un vaccin, à savoir le Propidon à la dose de 4 cmc. le premier jour. En cas de résultat non satisfaisant, nous renouvelons cette injection de 4 cmc. de Propidon le quatrième jour. Nous avons acquis la certitude que c'est bien l'élévation de température qui agit et non le vaccin. En effet, l'utilisation d'un autre vaccin non pyrétogène, gonovaclydun par exemple, ne donne pas de résultats aussi satisfaisants. De même le succès semble moins complet chez

les sujets qui ne font pas de poussées thermiques à la suite de l'injection de Propidon.

Contre-indications à la pyrétothérapie. — Elles sont classiques : C'est une fièvre préexistante; l'abstention sera de règle si la fièvre atteint 39°. — C'est l'âge avancé. Ne pas la pratiquer chez un sujet de 45 ans ou plus. — C'est la tuberculose. Les tuberculeux supportent mal la fièvre (hémoptysie). Citons encore l'asystolie ou la subasystolie, les néphrites aiguës, les insuffisances hépatiques, les phlébites et enfin l'alcoolisme chronique.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT EXPRESS

1° BLENNORRAGIE SIMPLE

L'examen complet du malade ayant montré qu'il s'agissait d'une urétrite antérieure gonococcique, sans complication, le malade est soumis au traitement suivant :

A) *Conduite du traitement.*

1^{er} jour.

a) Diète lactée si possible pendant 24 heures.

b) Ingestion de 4 grammes par 24 heures de sulfamide pyridique; soit 8 comprimés répartis en huit prises de 0 gr. 50, absorbés régulièrement toutes les trois heures, même la nuit.

c) Ingestion de 1 gr. 50 de l'antiseptique urinaire choisi comme mordant. Nous utilisons soit le salol sous forme de cachets de 0 gr. 50 absorbés matin, midi et soir; soit 9 capsules de Santalol à 0 gr. 50 prises dans les mêmes conditions.

d) Une injection sous-cutanée de 4 cmc. de Propidon.

e) Un lavage de l'urètre antérieur, dit de « déter-sion », avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 10.000.

2° jour.

a) Régime normal, mais ne boire que de l'eau, s'abs-tenir de café, bière, alcool, mets épicés, charcuterie et œufs.

b) Ingestion de 4 grammes de sulfamide pyridique, absorbés de la même façon que le premier jour.

c) Même dose de l'antiseptique urinaire que le jour précédent.

3° jour.

a) Même régime.

b) La dose de sulfamide est ramenée à 3 grammes, c'est-à-dire ingestion de 6 comprimés de 0 gr. 50 à rai-son de 1 toutes les 4 heures.

c) Même dose que le premier jour de l'antiseptique urinaire.

4° jour.

Nous revoyons le malade et faisons un examen com-plet bactériologique et clinique. S'il y a le moindre doute, le malade poursuit le même traitement que le 3° jour. Sinon, et c'est la grosse majorité des cas, après un repos de 24 heures, nous commençons les épreuves de la guérison.

5° jour.

Epreuves de guérison.

a) Le malade boira de 1/2 à 1 litre de bière.

b) Nous faisons une instillation urétrale de 5 à 10 cmc. d'une solution de nitrate d'argent à 2 %.

6° jour.

Tout est normal, le malade pourrait être considéré comme guéri, mais nous avons l'habitude de le revoir 8 jours plus tard, afin de confirmer la guérison et d'éviter toute surprise. Il est exceptionnel de constater une récurrence.

B) *Incidents et accidents.*

Malgré les fortes doses de sulfamide utilisées, il est extrêmement rare de voir des incidents. Tout au plus, note-t-on quelques signes d'intolérance, tels que nausées, vomissements, céphalée. Une ou deux fois, nous avons dû interrompre le traitement au bout de 24 heures, les troubles digestifs étant trop marqués.

L'injection de Propidon entraînant une élévation de température pouvant atteindre 40°, nous prévenons le malade de ne pas s'en inquiéter. Le malaise qui s'en suit débute trois heures après l'injection et persiste de 3 à 24 heures. Localement, l'injection est souvent douloureuse, entraînant un placard inflammatoire pouvant atteindre les dimensions d'une paume de main. Aussi conseillons-nous de faire la piqûre sous-cutanée au niveau de l'abdomen, l'impotence en résultant étant beaucoup moins marquée qu'en cas de sous-cutanée dans la cuisse. De plus, nous faisons appliquer préventivement au niveau de la piqûre, quelques compresses chaudes.

L'antiseptique urinaire est toujours bien supporté.

C) *Observations.*

N° 1. — M. M., 22 ans, employé, consulte le 5 août pour un écoulement gonococcique. C'est sa première blennorragie. L'écoulement date de 5 jours. L'incubation a été de 4 jours. L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre clair.

Le toucher rectal est négatif. Les épидидymes et les cordons sont normaux. Il n'y a pas de foyers para-urétraux. L'état général est bon.

Le malade est mis au traitement suivant :

Absorption de 14 grammes de sulfamide pyridique en quatre jours, soit 4 grammes les premier et deuxième jours et 3 grammes les troisième et quatrième jours.

Absorption de 6 capsules de Santalol chaque jour pendant 4 jours.

Une injection de 4 cmc. de Propidon le premier jour ainsi qu'un lavage de l'urètre antérieur au permanganate de potasse à 1/5.000.

Le 9 août, il n'y a plus d'écoulement, les urines sont claires. La réactivation n'est faite que le 11 août à cause du dimanche.

Le 11 août, réactivation par le nitrate d'argent et la bière.

Le 12 août tout est normal, il n'y a pas de goutte, les urines sont limpides.

Le 20 août, confirmation de la guérison.

N° 2. — M. M., 19 ans, employé, consulte pour une urétrite gonococcique le 13 décembre 1941. C'est une rechute de blennorragie datant de 4 mois, qui avait été mal traitée par le malade lui-même.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre clair.

Rien au toucher rectal. Les épидидymes et les cordons sont normaux. L'état général est bon.

M. M. est soumis au traitement suivant :

Absorption de 14 grammes de sulfamide pyridique en quatre jours à raison de 4 grammes les deux premiers jours et 3 grammes les deux jours suivants.

Absorption de 9 capsules de Santalol par jour pendant 8 jours.

Injection de 4 cmc. de Propidon.

Un lavage de l'urètre antérieur au permanganate de potasse à 1/5.000.

Le 19 décembre 1941, il n'y a plus d'écoulement, les urines sont claires. On pratique les épreuves de guérison par le nitrate d'argent et la bière.

Le 20 décembre tout est normal. Il n'y a pas d'écoulement, les urines sont claires.

Le 27 décembre, la guérison est confirmée.

Ce sont là deux exemples de succès de la méthode. Nous citerons maintenant un cas considéré comme échec.

N° 3. — M. S..., 28 ans, caissier, se présente le 10 novembre 1941 pour une urétrite gonococcique. Il a déjà eu une blennorrhagie en 1940 qui a duré trois mois. L'écoulement date de 5 jours. L'incubation a été de 76 heures.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre clair.

La prostate, les épидidymes et les cordons sont normaux. L'état général est bon.

M. S... est alors soumis au traitement suivant :

Absorption de 14 grammes de sulfamide pyridique en quatre jours, 4 grammes les deux premiers jours, 3 grammes les deux jours suivants.

Absorption de 9 capsules de Santalol chaque jour pendant 8 jours.

Injection de 4 cmc. de Propidon suivie d'un lavage de l'urètre antérieur au permanganate de potasse à 1/5.000.

Le 15 l'écoulement persiste, contenant encore quelques gonocoques. Les urines sont troubles. On fait une seconde injection de Propidon et chaque jour un lavage uréthro-vésical au permanganate de potasse à 1/5.000.

Le malade est revu les 22-29 novembre, 15 et 22 décembre. Chaque jour il a fait un lavage uréthro-vésical. Ce n'est qu'au 30^e lavage que l'on a pu faire les épreuves de guérison. Celle-ci ne peut être affirmée que le 3 janvier 1942 et confirmée par une gonoréaction le 20 du même mois.

Dans tous ces cas rebelles nous faisons systématiquement une gonoréaction; tant que cette dernière n'est pas négative, le malade ne peut être considéré comme guéri, même si tout par ailleurs semble normal. Un travail du docteur GROLLET paraîtra incessamment à ce sujet.

D) *Statistique.*

Nous la communiquerons plus loin (Voir chapitre VI).

2° BLENNORRAGIE COMPLIQUÉE.

L'examen du malade, à son arrivée, a permis de poser le diagnostic de blennorragie compliquée et de préciser la localisation de cette complication. Le malade est alors soumis au traitement suivant :

A) *Conduite du traitement.*

1^{er} jour.

a) Diète lactée si possible pendant 24 heures.

b) Ingestion de 4 grammes de sulfamide pyridique dans les 24 heures, soit 8 comprimés répartis en 8 prises de 0 gr. 50, absorbés régulièrement toutes les 3 heures, même la nuit.

c) Ingestion de 1 gr. 50 de l'antiseptique urinaire choisi comme mordant, par exemple un cachet de 0 gr. 50 matin, midi et soir, de salol ou de santalol.

d) Une injection sous-cutanée de 4 cmc. de Propidon.

e) Un lavage uréthro-vésical au permanganate de potasse au 1/10.000 suivi des soins locaux spéciaux à la complication en cause.

α) massage de prostate en cas de prostatite;

β) massage de l'urètre sur beniqué droit en cas de littrite.

2° jour.

a) Régime normal mais exempt de tous condiments. de café, de bière, d'alcool, d'œufs. Ne boire que de l'eau.

b) Ingestion de 4 grammes de sulfamide pyridique absorbés de la même façon que le premier jour.

c) Ingestion de la même dose que le premier jour de l'antiseptique urinaire.

d) Mêmes soins locaux spéciaux à la complication.

3° jour.

a) Même régime.

b) Ingestion de 3 grammes de sulfamide pyridique à raison de 1 comprimé de 0 gr. 50 toutes les 4 heures.

c) Ingestion de 1 gr. 50 d'antiseptique urinaire.

d) Mêmes soins locaux.

4° jour.

Même traitement que le troisième jour, mais en plus une injection de 4 cmc. de Propidon.

5° jour.

Si tout est négatif, le malade est mis en observation pendant 24 heures sans traitement.

6° jour.

Si tout est normal, nous commençons les épreuves de guérison. Bière et nitrate d'argent, comme dans la blennorrhagie simple.

S'il y a le moindre doute, le malade poursuivra encore 48 heures ou davantage le régime des antiseptiques urinaires et des soins locaux sans sulfamide ni Propidon. Dans la presque totalité des cas, avec ce traitement, le malade est guéri le 9° ou 10° jour,

B) *Incidents et accidents.*

Ce sont les mêmes que dans la blennorrhagie simple ; nous n'y reviendrons pas.

C) *Observations.*

N° 1. — M. D..., chaudronnier, âgé de 43 ans, vient consulter le 10 janvier 1941 pour une urétrite gonococcique. Il a déjà eu une blennorrhagie en 1930 qui a duré un mois. L'écoulement date de quatre jours. L'incubation a été de 72 heures.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre trouble.

Le toucher rectal met en évidence une prostate molle étalée. Les épидидymes et les cordons sont normaux il ne semble pas y avoir de foyers para-urétraux. L'état général est bon.

Le malade est alors soumis au traitement suivant :

Absorption de 14 gr. de Dagénan en 4 jours à raison de 4 grammes les deux premiers jours et 3 grammes les deux jours suivants. Absorption de 6 capsules de Santalol chaque jour. Une injection de 4 cmc. de Propidon le premier jour. Un lavage uréthro-vésical au permanganate à 1/5.000 suivi d'un massage de prostate. Les massages seront répétés tous les deux jours jusqu'à guérison.

Le 13 janvier, l'écoulement est arrêté, les urines sont claires. On pratique alors les épreuves de guérison, nitrate d'argent et bière.

Le 14 janvier, tout est normal, les urines sont claires. Le malade peut être considéré comme guéri.

Le 17 janvier, la guérison est confirmée; une gonoréaction faite le 28 est négative.

N° 2. — M. P..., 18 ans, manutentionnaire, consulte le 5 août pour blennorrhagie. C'est sa première blennorrhagie. L'écoulement date de 48 heures. L'incubation a été de 72 heures.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre trouble.

Le toucher rectal montre une prostate normale. Les épидидymes et les cordons sont normaux. L'état général est bon,

M. P... est alors mis au traitement suivant :

Absorption de 14 grammes de Dagénan à raison de 4 grammes les premier et deuxième jour, de 3 grammes les troisième et quatrième jours.

Absorption de 6 capsules de Santalol chaque jour pendant quatre jours.

Une injection de 4 cmc. de Propidon.

Un lavage uréthro-vésical au permanganate de potasse à 1/5.000.

Le 9 août, pas d'écoulement, mais les urines sont encore louches. Nous faisons une deuxième injection de Propidon de 4 cmc. Le Santalol est continué pendant quatre jours.

Le 12 août, pas d'écoulement; les urines sont claires, nous pratiquons les épreuves de guérison.

Le 13 août, aucun écoulement, les urines sont claires.

Le 20 août, la guérison est confirmée.

Ce sont là des observations prises au hasard, elles sont toutes semblables. Chaque fois que le traitement s'est montré actif, l'évolution a été la même.

Voici maintenant l'observation d'un échec.

M. M..., représentant, âgé de 33 ans, consulte le 11 janvier 1941 pour une urétrite blennorragique. Il a déjà eu une blennorragie en 1939 qui a duré 10 jours, traitée par le Dagénan associé au lavage. L'écoulement date de 1 mois, traité en ville par des sulfamides, sans résultat.

L'épreuve des deux verres montre :

1^{er} verre trouble, 2^e verre trouble.

Au toucher rectal on sent une prostate molle, étalée, douloureuse, avec une double vésiculite.

Les épидidymes et les cordons sont normaux.

L'état général est bon.

Le malade est soumis au traitement suivant :

Absorption de 14 grammes de Dagénan en quatre jours à raison de 4 grammes les premier et deuxième jours et de 3 grammes les troisième et quatrième jours.

Absorption de 6 capsules de Santalol par jour pendant quatre jours,

Un lavage uréthro-vésical au permanganate de potasse à 1/5.000 suivi d'un massage de prostate.

Une injection de 4 cmc. de Propidon.

Le 13 janvier, l'écoulement persiste avec présence de gonocoques.

On fait une seconde injection de Propidon, un lavage uréthro-vésical suivi d'un massage de prostate.

Le 15 janvier, pas d'écoulement, mais humidité du méat. Les urines sont claires. On pratique une première réactivation.

Le 16 janvier, il persiste une humidité du canal. Les urines sont claires, on fait une seconde réactivation. Le 18 janvier l'écoulement a réapparu. Le malade absorbe à nouveau 9 grammes de Dagénan en 3 jours.

Le 20 janvier, l'analyse des urines montre une élimination normale du médicament. On continue alors les lavages uréthro-vésicaux au permanganate, journaliers, sans aucun traitement général. La guérison est obtenue à la suite d'une trentaine de lavages.

Il semble bien qu'il s'agisse ici d'un cas de Sulfamido-résistance. C'est le seul que nous ayons observé dans toute l'année.

D) *Statistiques* (Voir chapitre VI).

Sur 85 cas de blennorragie compliquée (Urétrite totale, prostatite, vésiculite, littrite, orchite) traités par le traitement express, nous avons noté 75 succès et 10 échecs, soit un pourcentage de 88 % de succès.

Le pourcentage des guérisons est donc très élevé mais il subsiste encore un certain nombre d'insuccès. C'est de ces cas que nous allons maintenant nous occuper.

3° LES ÉCHECS, LEUR EXPLICATION.

Les cas de blennorragie non guéris par les sulfamides sont incontestables. Quelles en sont les causes ?

1° *Utilisation de doses trop faibles.*

Nombreux sont encore ceux qui utilisent les sulfamides à petites doses sous le prétexte d'incidents ou d'accidents possibles. Or, depuis près d'un an que nous collaborons à la consultation du docteur GROLLET à l'Hôpital Saint-Louis, nous n'avons pas vu un seul accident grave et cependant nous avons vu des milliers de malades. Nous ne dépassons d'ailleurs pas la dose maxima de 14 grammes en 4 jours. Si cette dose n'agit pas, une dose supérieure n'agira pas davantage. L'expérience le prouve. Quant aux cas d'azoospermie signalés, ils ne semblent pas à retenir. En effet, l'examen du sperme, effectué par M. GROLLET à l'Hôpital de Lariboisière sur des blennorragiens traités par les sulfamides ou non traités par les sulfamides, montre les mêmes variations dans le nombre et la vigueur des spermatozoïdes (Conférence de la Chimiothérapie, 1938). Quand il y a eu diminution du nombre des spermatozoïdes, elle n'a été que passagère. Il semble donc que ce soit le gonocoque qui agisse sur les spermatozoïdes plutôt que la sulfamide.

2° *Sulfamido-résistance.*

Il semble maintenant établi de façon incontestable que l'administration de sulfamide à dose insuffisante crée des virus résistants et que cette chimiorésistance est transmise héréditairement (Prof. GOUGEROT). M. GROLLET a l'habitude de dire que l'on détruit ainsi l'action merveilleuse des sulfamides. Il faut frapper vite, fort et pendant peu de temps.

Ces cas de chimiorésistance ne sont pas rares chez certaines prostituées qui se sulfamident préventivement, à petites doses continues. Elles hébergent et transmettent ainsi des gonocoques qui résisteront à la thérapeutique moderne. La sulfamido-résistance d'emblée est excessivement rare; elle est avant tout conditionnée par une complication. Aussi ne peut-on parler de sulfamido-résistance que lorsqu'il n'existe aucune complication et que le dosage des sulfamides dans les urines a montré une élimination normale de celles-ci.

3° *Blocage.*

On a longtemps confondu sulfamido-résistance et blocage. La sulfamido-résistance d'emblée, comme le blocage, sont rares. Parfois, le malade n'élimine pas la sulfamide dans ses urines, car elle est retenue dans le système réticulo-endothélial et reste par conséquent inactive. Pour affirmer le blocage il suffit de faire un dosage des sulfamides à la fois dans le sang et dans les urines. On utilise pour cela la méthode de TRÉFOUEL ou celle de MARSHALL basée sur la diazotisation de la sulfamide. Si la quantité de sulfamide éliminée dans les urines est nulle ou faible, nous dirons qu'il y a blocage; au contraire si la concentration en sulfamide dans les urines est normale, en l'absence de toute complication, nous pourrons alors parler de sulfamido-résistance.

La technique du déblocage consiste à faire une injection intra-veineuse quotidienne de 5 cmc. de rouge congo à 1/100. Sous l'effet de ce seul traitement et ayant arrêté toute absorption de sulfamide, on observe des guérisons

rapides qui s'expliquent par la mise en circulation de la sulfamide par suite du déblocage.

4° *Administration incorrecte des sulfamides.*

La dose massive doit être fractionnée en petites doses ingérées à intervalles égaux, même la nuit, afin d'obtenir dans le sang une concentration suffisante et constante. De même qu'il est classique de dire à propos du R. A. A. que le malade dort et que le rhumatisme veille, nous dirons pour la blennorragie que si le malade dort, le gonocoque, lui, ne connaît pas le sommeil.

5° *Existence d'une complication passée inaperçue.*

Ce sont peut-être là les cas les plus fréquents. Un examen incomplet ou trop rapide du malade a laissé passer une complication préexistante. D'où la nécessité d'examiner à fond le malade, de faire un toucher rectal dès la première consultation et de porter un diagnostic exact et précis de la localisation, d'où découlera le traitement général et local *ad hoc*.

Il ne faut jamais oublier qu'une blennorragie de contamination récente peut être une blennorragie compliquée. Or traiter une blennorragie par les sulfamides sans traiter la complication, c'est s'exposer à un insuccès (Cf. Observation n° 3, chapitre IV).

6° *Récidive.*

Nous avons remarqué que les malades contractant une seconde blennorragie dans les semaines qui suivent une première guérison par les sulfamides, guérissent souvent moins facilement, moins rapidement. Nous croyons qu'il s'agit là, d'une moindre défense de la part du terrain.

CHAPITRE VI

Résultats d'une année de traitements

Pendant les six premiers mois de l'année 1941, nous avons traité la majorité de nos blennorragiens uniquement par les sulfamides pyridiques.

Voici les résultats obtenus :

537 cas ont été suivis.

425 ont guéri par l'action des seules sulfamides.

112 ont nécessité un traitement complémentaire par lavages ou gonacrine pour obtenir la guérison. Ce sont des échecs.

La guérison a donc été constatée dans 79 % des cas.

Durant les deux mois suivants, nous avons traité nos blennorragiens par les sulfamides pyridiques associées à la pyrétothérapie vaccinale (Propidon).

Pour cette période, voici les résultats.

218 cas ont été suivis.

187 guérisons confirmées.

31 échecs (nécessitant un traitement complémentaire).

Soit un pourcentage de 85 % de guérison.

Pendant les quatre derniers mois de l'année, nous avons systématiquement mis en œuvre le traitement express par les sulfamides associées aux antiseptiques urinaires et à la pyrétothérapie vaccinale (Propidon).

Durant ces quatre mois :

405 cas ont été traités.

363 ont guéri.

42 ont échoué, nécessitant un traitement complémentaire.

Le pourcentage de guérison dans cette troisième série a été de 89 %.

Résumons dans un tableau les résultats obtenus et comparons-les :

	Nombre des cas traités	Succès	Echecs	Pourcent. de succès
Résultats globaux	1.219	1.024	195	83 %
Traitement par sulfamides seules	537	425	112	79 %
Traitement par sulfamides+Propidon	218	187	31	85 %
Traitement express sulfamides+pyrétothérapie + antiseptiques urinaires	405	363	42	89 %

Il apparaît nettement, à la lumière de ce tableau, que le traitement express, tel qu'il a été mis au point par L. GROLLET, à la suite de L. LÉPINAY et de ses collaborateurs, est sensiblement plus efficace et présente un réel progrès sur les deux autres.

CHAPITRE VII

Conclusions

L'importance de nos statistiques, les nombreux cas que nous avons observés nous permettent de considérer le traitement express perfectionné (pyrétothérapie vaccinale associée aux antiseptiques urinaires et aux sulfamides) comme le traitement de choix, actuel, de la blennorragie.

Chaque fois que cela sera possible, nous mettrons en œuvre le traitement abortif par les seules sulfamides thiazol.

Chaque fois que l'écoulement sera déjà ancien ou qu'une complication aura fait son apparition, ce sera au traitement par les sulfamides associées à la pyrétothérapie vaccinale et aux antiseptiques urinaires que nous aurons recours, sans oublier les lavages qui conservent toute leur importance et leur valeur, permettant de donner les soins propres à la complication en cause.

Ainsi nous obtiendrons une guérison rapide réduisant au minimum les chances de contamination nous permettant d'espérer, sinon la disparition, tout au moins la diminution des cas de blennorragie.

Nous avons montré les nombreux avantages de ce traitement. Qu'il nous soit permis de les résumer ici en nous plaçant au point de vue du malade, de la famille, de la société.

Avantages pour le malade.

La guérison est obtenue à coup sûr en quelques jours au lieu de quelques semaines ou quelques mois. L'ouvrier ou l'employé ne craindra plus de perdre sa place du fait d'absences trop longtemps répétées. D'autre part, il se trouvera à l'abri des complications qui altèrent et son physique et son moral.

Avantages pour la famille.

Le mari fautif n'aura plus à hésiter devant le dilemme ou refuser à sa femme toute satisfaction conjugale et lui en avouer obligatoirement la raison, ou bien tout lui cacher et la contaminer (HEITZ-BOYER). Ainsi, plus de foyers brisés, plus de contaminations familiales aux conséquences multiples et désastreuses.

Avantages pour la Société.

N'oublions pas enfin que la blennorrhagie, par ses complications, est le principal agent de stérilité donc de dépopulation. Le traitement express perfectionné, permettant d'envisager, par son application aisée et par la rapidité de la guérison, la disparition des complications, est de ce fait un gage de la sauvegarde de la procréation.

Tels sont les bénéfices que le malade, la famille et la société retirent de ce progrès thérapeutique.

Vu : *Le Président de Thèse,*
(Signé) PR. H. GUGEROT.

Vu : *Le Doyen,*
(Signé) BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
(Signé) GILBERT GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- P. BARBEILLION, Traitement super-abortif de la blennorragie (*Sté Franç. d'Urologie*, juillet 1938).
- P. CUILLERET, Traitement minute de la blennorragie (*Revue Médicale de France*, décembre 1940).
- P. DUREL, Nouvelles tendances de la sulfamidothérapie dans la blennorragie (*Paris Médical*, 10 janvier 1942).
- H. DUVERGAY, Traitement de la blennorragie par les sulfamides (*Gazette des Hôpitaux* du 11 octobre 1941).
- J. GATE et P. CUILLERET, Traitement rapide de la blennorragie masculine aiguë par certains dérivés sulfamides thiazoliques (2090 RP et 146 RP) (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1940).
- J. GATE, P. CUILLERET et P. BOUDET, Le traitement de la blennorragie par le sulfamidothiazol (*Sté de Dermatologie et de Syphiligraphie lyonnaise*, 9 juillet 1941).
- J. GINESTIE et P. BRETOULLIÈRES, Traitement abortif de la blennorragie (*Marseille Médical*, décembre 1939).
- H. GOUGEROT et L. GROLLET, Traitement express de la blennorragie, acquisitions nouvelles, associations de la sulfamidothérapie et de la pyrétothérapie vaccinale et des antiseptiques urinaires (*Sté Franç. de Dermatol. et Syphil.*, séance du 10 octobre 1940).
- Les nouveaux traitements express de la blennorragie (*Le Concours Médical*, n° 22, 1^{er} juin 1941).
- Une des causes de sulfamidorésistance, le blocage réticulo-endothélial et le déblocage par l'injection de rouge congo (*Sté de Dermatol.*, séance du 14 nov. 1940).
- L. GROLLET, Sur le traitement express de la blennorragie en milieu hospitalier (*Rapport de M. Michon, Société d'Urologie*, 16 juin 1941).
- J. JANET, Diagnostic et traitement de la blennorragie (*Mas-son et Cie*, édit., 1929).

- Traitement abortif de la blennorragie et sulfamides (*Bulletins et Mémoires de la Sté de Médecine de Paris*, n° 5, séance du 27 avril 1940).
- L. LÉPINAY, Un « traitement express » de la blennorragie (*Annales des Maladies vénériennes*, 18 janvier 1940).
- L. MICHON et L. GROLLET, Sulfamidothérapie et pyrétothérapie vaccinale dans la blennorragie (*Presse Médicale* du 23 avril 1941).
- G. MIESCHER, Ueber den heutigen stand der peroralen Chemotherapie der Gonorrhoe auf Grund eigener Lrfahrungen : « Kurz » und « Einsehlagtherapie » mit Ciba 3714 (*Schweiz. Med. Wchnschr.* 70 : 891.892, 14 sept. 1940).
- J. PETRO, Observations on rapid methods of treatment of gonorrhea with sulphapyridine (M. et B 693) (*J. Roy. Nav. M. serv.* 26 : 336.345, octobre 1940).
- Ch. RICHET, J. SURMONT et P. LE GÖ, Pyrétothérapie (*Mason et Cie, éditeurs*).
- E. SCOLARI, Coma abortiva dell' uretrite gonococcica maschile col sulfamidotiazolo : ricerche farmacologiche preliminariae primi risultati clinici (*Gior. Ital. di dermat. e sif.* 81/843.855, octobre 1940).
- L. SYLVESTRE, Le sulfathiazol. Traitement ultra rapide de la blennorragie (*Union Médic. du Canada*, novembre 1940).
- TOURAINÉ, DEROU et FILLIEREN, Le traitement express de la blennorragie (*Bulletin de la Sté Franç. de Dermat. et Syph.*, séance du 11 avril 1940).
-

